



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**Especialização em Saúde da Família**



Mairane de Azevedo Almeida

**Adesão ao tratamento da tuberculose pulmonar de pacientes  
atendidos em uma Unidade Básica de Saúde do município da  
Serra do Espírito Santo**

Rio de Janeiro

2015

Mairane de Azevedo Almeida

**Adesão ao tratamento da tuberculose pulmonar de pacientes atendidos  
em uma Unidade Básica de Saúde do município da Serra do Espírito  
Santo**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado, como requisito parcial para  
obtenção do título de especialista em  
Saúde da Família, à Universidade Aberta  
do SUS.

Orientadora: Patrícia Campos Elia

Rio de Janeiro

2015

## RESUMO

A tuberculose é um problema de saúde pública no Brasil, e apesar de ser uma doença antiga, houve pouca melhora nos seus indicadores. Na última década o coeficiente de incidência apresentou uma redução de 20%. O problema ainda maior ainda está na falta de adesão dos pacientes ao tratamento. O recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é que 85% dos pacientes com a forma pulmonar baculífera cheguem à cura e este índice no Brasil fica em torno de 70%. O tratamento baseia-se na associação de drogas de alta eficácia por um período mínimo de seis meses. A partir da análise realizada com os pacientes atendidos no ambulatório de tuberculose da Unidade Regional de Saúde de Serra Sede foi possível verificar a presença de pacientes em uso irregular da medicação, abandono de tratamento, resistência medicamentosa e recidiva da tuberculose. Baseando-se nessa premissa, o estudo tem por objetivo propor medidas facilitadoras de intervenção frente à maior adesão ao tratamento de tuberculose pulmonar nos pacientes atendidos na Unidade Regional de Saúde da Serra, evitando o abandono do tratamento. Ao aprofundar conhecimentos no assunto, evitam-se medidas desnecessárias, preconceituosas e, às vezes, maléficas; ou seja, contribui-se para fortalecer o tratamento, a cura do paciente e a diminuição da transmissão da doença. Conclui-se que a educação em saúde é um processo baseado na participação das pessoas e na mobilização social, objetivando à mudança de determinada situação, rompendo com o paradigma de educação como transferência de conhecimento, habilidades e destrezas.

**Palavras-chave:** Adesão ao Tratamento; Tuberculose Pulmonar, Educação em saúde.

## SUMÁRIO

1.	<b>INTRODUÇÃO</b>	05
1.1	Situação Problema	05
1.2	Justificativa	06
1.3	Objetivos	06
	Objetivo Geral	06
	Objetivo Específico	06
2.	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	07
2.1	Tuberculose: Conceito e Diagnóstico	07
2.1.1	Tratamento	08
2.1.1.1	Transmissibilidade após início do tratamento	09
2.1.1.2	Tratamento diretamente observado	09
2.2	Profilaxia da tuberculose pulmonar	10
2.3	Abandono ao tratamento da tuberculose pulmonar	11
2.3.1	Promoção para adesão ao tratamento para a tuberculose pulmonar	12
3.	<b>METODOLOGIA</b>	13
3.1	Público-alvo	13
3.2	Desenho da Operação	13
3.3	Parcerias Estabelecidas	13
3.4	Recursos Necessários	14
3.5	Orçamento	14
3.6	Cronograma de Execução	14
3.7	Resultados Esperados	15
3.8	Avaliação	15
4.	<b>CONCLUSÃO</b>	16
	<b>REFERÊNCIAS</b>	17

## 1. INTRODUÇÃO

Este é um projeto para o trabalho de conclusão de curso de especialização em saúde da família oferecido pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

O estudo tem como área de abrangência a Unidade Regional de Saúde da Serra Sede, que é apontada como uma região metropolitana que apresenta alto índice de tuberculose pulmonar, e com alto índice de abandono de tratamento, por resistência medicamentosa e recidiva da doença. Os pacientes

A partir da análise realizada com os pacientes atendidos no ambulatório de tuberculose da Unidade Regional de Saúde de Serra Sede observou-se a presença de pacientes em uso irregular da medicação, abandono de tratamento, resistência medicamentosa se queixam do gosto e dos efeitos colaterais da medicamentação antituberculose.

Diante dessa situação busca-se intervir na área de abrangência em estudo na expectativa de melhorar a adesão dos pacientes atendidos na Unidade Regional de Saúde da Serra Sede quanto ao tratamento da tuberculose.

### 1.1 Situação-problema

A partir da análise realizada com os pacientes atendidos no ambulatório de tuberculose da Unidade Regional de Saúde de Serra Sede foi possível verificar a presença de pacientes em uso irregular da medicação, abandono de tratamento, resistência medicamentosa e recidiva da tuberculose.

Na atualidade reconhece-se que o diagnóstico e o início precoce do tratamento são fundamentais para controlar a doença. A problemática atual consiste na alta taxa de abandono e na realização de tratamentos irregulares, que dificultam a cura e contribuem para o desenvolvimento de resistência às drogas<sup>1</sup>.

Observa-se que quanto melhor a adesão ao tratamento, menor o risco de desenvolvimento de resistência e maior a chance de evolução para a cura clínica e laboratorial. No entanto problematiza-se: De que forma pode-se intervir preconizando medidas que objetivam melhorar a adesão a um tratamento longo e com tantos efeitos colaterais?

## 1.2 Justificativa

A tuberculose pulmonar é uma doença que ainda representa um grande problema de saúde pública mundial; e no Brasil, país que a doença alberga, tem como preocupação principal, a redução das taxas de abandono de tratamento. Baseando-se nessa premissa, justifica-se a escolha do tema, diante da necessidade de informar que a reversão do quadro pode acontecer, quando os profissionais de saúde, estiverem atentos e capacitados para informar a população a respeito da doença e dos meios de preveni-la. Também é relevante destacar a importância da realização de um pronto diagnóstico dos casos suspeitos, e rapidamente iniciar o tratamento e acompanhar os pacientes, de modo a garantir-lhes a cura plena.

## 1.3 Objetivos

- *Objetivo geral:*

Propor medidas facilitadoras de intervenção frente à maior adesão ao tratamento de tuberculose pulmonar atendidos na Unidade Regional de Saúde da Serra Sede evitando o abandono do tratamento.

- *Objetivos específicos:*

- Verificar o perfil dos pacientes em tratamento da tuberculose pulmonar dos pacientes atendidos na Unidade Regional de Saúde da Serra Sede;
- Identificar se o tratamento irregular e o abandono estão relacionados aos efeitos colaterais das medicações; e
- Realizar uma atividade educativa voltada para o público leigo a respeito dos sintomas, transmissão e importância do tratamento da tuberculose pulmonar.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Tuberculose: Conceito e Diagnóstico

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa, causada por uma bactéria denominada *Mycobacterium tuberculosis*, apresenta alta incidência em aglomerações urbanas e com ciclo de evolução lento<sup>1</sup>.

O *Mycobacterium tuberculosis*, variedade humana das microbactérias, é, nos dias atuais, o mais importante agente etiológico causador da tuberculose no homem. A tuberculose pulmonar é a forma de apresentação clínica mais encontrada, visto este agente causador ter maior predileção pelo pulmão.<sup>2</sup>

O Brasil está entre os 22 países, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), que concentram 80% dos casos de tuberculose no mundo. Apesar de a doença ser passível de prevenção e tratamento, ocorrem cerca de 4,5 mil mortes anualmente. Esses óbitos prevalecem nas regiões metropolitanas e nos hospitais<sup>3</sup>.

A transmissão da doença ocorre, principalmente, por via aérea, a partir da inalação de partículas contendo o bacilo. Tais partículas são expelidas durante a tosse, o espirro ou a fala dos doentes bacilíferos com tuberculose ativa das vias respiratórias, ou seja, os pacientes cuja baciloscopia de escarro é positiva<sup>3</sup>.

Dessa forma, pessoas saudáveis podem entrar em contato com o bacilo da tuberculose, que fica suspenso no ar, e desenvolver a doença pulmonar. Caso isso ocorra, ela também pode passar a apresentar sintomas e a expelir o patógeno pelas vias aéreas, contribuindo para a disseminação da doença.

O diagnóstico de tuberculose é firmado com base na clínica do paciente, que pode apresentar tosse por mais de três semanas, febre, dispneia, sudorese noturna, dor torácica e emagrecimento; e, na realização de exames complementares, como Baciloscopia de Escarro (BAAR) com ou sem cultura, radiografia de tórax, prova tuberculínica (PPD), e histopatológico<sup>4</sup>.

Esses exames permitem a visualização direta do patógeno ou a percepção de alterações características de sua presença no organismo. Estão na lista dos exames realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e são de extrema importância no auxílio do diagnóstico.

### 2.1.1 Tratamento

Em 1993, a tuberculose foi declarada como uma emergência mundial e a OMS passou a recomendar medidas, conhecida como estratégia *Directly Observed Treatment Short Course*/ Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (DOTS) para o controle da infecção, que objetiva atingir 85% de cura, 70% de detecção de casos e reduzir o abandono ao tratamento em 5%<sup>5</sup>.

O DOTS é constituído por cinco componentes:

- a) Detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios que demandam os serviços gerais de saúde;
- b) Tratamento padronizado de curta duração, diretamente observável e monitorado em sua evolução; fornecimento regular de drogas;
- c) Sistema de registro e informação que assegure a avaliação do tratamento; e
- d) Compromisso do governo colocando o controle da TB como prioridade entre as políticas de saúde.

Em recentes fóruns nacionais e internacionais reconhece-se a importância do controle social e da organização dos serviços que, uma vez aliados aos cinco pilares, potencializam as ações para conter o avanço da tuberculose<sup>5</sup>.

O DOTS preconiza compromisso político com fortalecimento de recursos humanos e garantia de recursos financeiros, elaboração de planos de ação e mobilização social; diagnóstico dos casos por meio de um exame bacteriológico de qualidade; tratamento padronizado com a supervisão da tomada da medicação e apoio ao paciente; fornecimento e gestão eficaz de medicamentos; e, sistema de monitoramento e avaliação ágil que possibilite o monitoramento dos casos, desde a notificação até o encerramento do caso<sup>3</sup>.

Como mencionado acima, uma importante estratégia para evitar esses desfechos foi a instalação do TDO (tratamento diretamente observado). Esse método consiste na observação, por profissionais de saúde ou outra pessoa devidamente capacitada, da ingestão das medicações pelo paciente. Com isso, foi observada maior probabilidade de cura e menor chance de desenvolvimento de resistência<sup>7</sup>.



#### **2.1.1.1 Transmissibilidade após início do tratamento**

Na prática clínica, um paciente em tratamento regular há pelo menos 15 dias e mantendo-se assintomático pode ser considerado não infectante. Porém, recomenda-se o uso de medidas que evitem a transmissão até que haja baciloscopia negativa<sup>3</sup>.

#### **2.1.1.2 Tratamento diretamente observado**

O tratamento diretamente observado consiste na tomada da medicação pelo paciente, sob a supervisão do profissional de saúde. Deve corresponder, no mínimo, a 24 supervisões nos dois primeiros meses e a 48 nos últimos quatro. É indicado a todos os pacientes com diagnóstico de tuberculose por melhorar a adesão, reduzir o abandono, a multirresistência e a mortalidade<sup>5</sup>.

#### **2.1.2 Efeitos colaterais das medicações**

Os efeitos colaterais podem ser classificados em reações adversas maiores ou menores. Dentre as reações menores encontram-se náuseas, vômitos, dor abdominal, alteração da cor da urina, prurido, artralgia, aumento de ácido úrico e neuropatia periférica. Para esses casos, não é necessária a suspensão da droga, apenas orientações e medicações para alívio dos sintomas<sup>3</sup>.

Já as reações maiores são marcadas pela hipersensibilidade moderada a grave, exantema, convulsões, encefalopatia, psicose, coma, hepatotoxicidade, hipoacusia, neurite óptica, alteração no hemograma, nefrite e rabdomiólise. Requerem a suspensão imediata da droga e, em alguns casos, a substituição por esquemas especiais<sup>3</sup>.

Com o uso adequado das medicações, o tratamento da tuberculose apresenta eficácia de aproximadamente 95%; e também contribui para uma rápida redução de sua transmissão<sup>6</sup>.

O tratamento de um caso novo, sem complicações, da forma pulmonar é realizado por um período de seis meses, com quatro tipos de medicação, sendo elas a rifampicina, a isoniazida, a pirazinamida e o etambutol. Esses, são agrupados em um mesmo comprimido, de forma a facilitar a adesão. Nos primeiros dois meses, o paciente faz uso das quatro medicações, em tomadas diárias em jejum. A partir do terceiro mês, ele passa a usar apenas a rifampicina e a isoniazida, diariamente em jejum<sup>6</sup>.

A dose das drogas varia em função do peso do paciente. Assim, para a associação de rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (RHZE) de 150, 75, 400 e 275 mg, sendo: 2 comprimidos ao dia para pessoas entre 20 e 35 Kg, 3 comprimidos ao dia para pessoas entre 36 e 50 Kg e 4 comprimidos ao dia para pessoas com mais de 50 Kg<sup>3</sup>.

## 2.2 Profilaxia da tuberculose pulmonar

A principal medida profilática é a aplicação da vacina *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG) em recém-nascidos, com proteção variável e não duradoura<sup>3,7</sup>. Nesta faixa etária, o objetivo principal é evitar apresentações graves como a neurotuberculose e formas disseminadas. A revacinação em pré-escolares e profissionais de saúde não é medida com eficácia estabelecida em diversos trabalhos<sup>7</sup>.

A profilaxia medicamentosa pode ser dividida em primária e secundária. A profilaxia primária é indicada para indivíduos em situação de risco para infecção, sem contato prévio com a micobactéria. Como exemplo, o recém-nascido que habita um domicílio com pacientes bacilíferos. Ele não deve ser vacinado, optando-se pela introdução da isoniazida na dose de 10 mg/kg/dia. No 3º mês, deve-se realizar o PPD; caso seja reagente, prolonga-se a terapia até o 6º mês. Caso seja não-reator, interrompe-se a profilaxia e indica-se a vacina com BCG<sup>7</sup>.

A profilaxia secundária é indicada para o tratamento da infecção latente por *M. tuberculosis*, após afastar a possibilidade de doença ativa. As indicações mais aceitas pela literatura são: conversão tuberculínica documentada em período menor de 2 anos ou condição imunodepressora que facilite a progressão da infecção latente para doença ativa. Contactantes de pacientes bacilíferos domiciliares e do trabalho devem ser investigados para formas ativas da doença e infecção latente. A

droga de escolha é a isoniazida na dose de 10 mg/kg/dia (dose máxima de 300 mg/dia) por um período de 6 meses. Em adultos, os valores de corte de interpretação são > 10 mm em indivíduos imunocompetentes e > 5 mm em indivíduos imunodeprimidos<sup>7</sup>.

### **2.3 Abandono ao tratamento da tuberculose pulmonar**

O acompanhamento do paciente com tuberculose é realizado nas unidades de saúde em todo o território nacional<sup>10;8</sup>. O resultado do tratamento é classificado em “sucesso-cura” e “insucesso-abandono, óbito, falência do tratamento, mudança de diagnóstico e transferência”<sup>2</sup>. Alguns fatores comprometem o tratamento, como a presença do HIV, que aumenta a mortalidade e diminui taxas de cura, e o alcoolismo, considerado importante fator de risco e também causador de baixa adesão e abandono do tratamento<sup>10</sup>.

Apesar de existirem esquemas terapêuticos altamente eficazes e gratuitos para o tratamento da tuberculose, ela continua a ser um problema de saúde pública no Brasil. Alguns fatores, como a baixa qualidade dos serviços de saúde, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde por alguns grupos populacionais e a presença de comorbidades, como o HIV, tentam explicar a baixa adesão ao tratamento<sup>9</sup>.

Um dos motivos do abandono ao tratamento, relaciona-se com o uso irregular da medicação, foi observado que alguns pacientes apresentavam dificuldades para deglutir os comprimidos devido aos seus tamanho e quantidade, na maioria dos casos, quatro por vez, em tomada única. Existem casos que os pacientes fracionavam as doses ou tomavam em dias alternados, visando alívio dos efeitos colaterais, como náuseas, vômitos e prurido. Além disso, a incompreensão das instruções recebidas também foi fator determinante<sup>11</sup>.

Outro quesito abandono de tratamento é a interrupção da medicação nos casos de melhora do quadro clínico e negativação da baciloscopia de escarro; presença de efeitos colaterais, como prurido, dor abdominal, náuseas e vômitos; uso de substâncias ilícitas, principalmente, a cocaína; e, no alcoolismo<sup>11;12</sup>.

Além dos fatores próprios dos pacientes, pode-se observar grande estigma e preconceito da sociedade, inclusive entre os profissionais da saúde, em relação à tuberculose e seus portadores. Existem relatos dos pacientes relataram terem sido

agredidos verbalmente e discriminados dentro de unidades de saúde e durante a realização do tratamento endovenoso em unidades de pronto-atendimento. Esses fatores exercem grande influência negativa na aceitação da doença pelos pacientes e, conseqüentemente, na realização do seu tratamento<sup>13</sup>.

Se comparar os grupos de pacientes, existem grupos que fazem uso irregular da medicação, que acaba evoluindo para uma piora clínica significativa, cursando para uma intensa dispneia e perda de peso, e agravamento do quadro radiológico. O grupo de uso regular da medicação por dois meses, evolui com melhora importante ou desaparecimento da tosse, da dispneia e da perda de peso; e alguns permaneceram com febre baixa esporádica, ainda que por pouco tempo, e dor torácica<sup>12</sup>.

O principal entrave foi, justamente, a falta de sintomas. Tal fato é interpretado pela maioria dos pacientes, como ausência de patologia e, conseqüentemente, negação do tratamento. Outra justificativa é a interpretação errônea de que, por serem vacinados com a BCG, estão protegidos da tuberculose pulmonar. Neste estudo, esses pacientes corresponderam a 38% dos atendimentos. Não houve caso de abandono ou progressão para tuberculose pulmonar, e apenas dois casos de efeitos colaterais.

### **2.3.1 Promoção para adesão ao tratamento para a tuberculose pulmonar**

Hoje, sabe-se que o diagnóstico e o início precoce do tratamento são fundamentais para controlar a doença. A problemática atual consiste na alta taxa de abandono e na realização de tratamentos irregulares, que dificultam a cura e contribuem para o desenvolvimento de resistência às drogas<sup>10</sup>.

Nesse sentido, a promoção de campanhas públicas sobre sintomas, transmissão, prevenção e tratamento seja o caminho inicial para propagação de informações e desmistificação da tuberculose, inclusive entre os profissionais da saúde. Mas, uma vez identificado o portador de tuberculose pulmonar, ele deve ser acompanhado rigorosamente no que diz respeito ao tempo interconsultas, orientação adequada sobre o uso correto das medicações e tempo adequado de tratamento, risco de complicações e transmissão em caso de tratamento inadequado<sup>11</sup>.

Outra medida eficaz é o atendimento multiprofissional do paciente e da família, com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social e psicólogos, melhorando a aceitação da doença pelo paciente e familiares, descobrindo e solucionando problemas sociais que agravam ou prejudicam a tuberculose e seu tratamento e fazendo busca ativa de sintomáticos respiratórios. Essa equipe também possibilita a administração do tratamento diretamente observado nos casos selecionados<sup>12</sup>.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Desenho da operação**

Para a realização da atividade educativa, serão realizadas 5 (cinco) palestras voltadas para o público leigo, ou seja, todos os pacientes acometidos pela tuberculose pulmonar e seus familiares, sobre os sintomas da doença, a transmissão e o momento de procurar atendimento médico, e para os profissionais de saúde sobre como manejar o doente com tuberculose, onde ele deve ser atendido e o que fazer para evitar a transmissão para a equipe e para outros pacientes. Levando-se em conta que temos atualmente 24 (vinte e quatro) pacientes com tuberculose pulmonar e 5 (cinco) com tuberculose latente, cadastrados em acompanhamento em nosso serviço, estima-se que cada reunião conte com 13 (treze) participantes.

Incentivar a busca ativa de sintomáticos respiratórios pela equipe de saúde e a realização do tratamento diretamente observado nos casos selecionados; e, incentivar a cessação do tabagismo pelos pacientes em tratamento e o uso regular das medicações. Essas questões serão discutidas no total de 3 (três) reuniões que acontecerá uma vez por semana com todos os membros da equipe de saúde, ou seja, 1 médico, 1 enfermeiro e 2 técnicos de enfermagem.

#### **3.2 Público-alvo**



sobre a proposta de intervenção												
Levantar prontuários				X	X	X	X	X				
Mensurar o quantitativo de pessoas que abandonam ao tratamento								X	X			
Divisão de tarefas para proferir a intervenção								X	X	X	X	
Informar a comunidade local a respeito da proposta interventiva							X	X	X	X	X	
Divulgação e implementação da ação, com palestras e entrega de folders.									X	X	X	X

### 3.7 Resultados esperados

Com a implantação da proposta espera-se uma maior conscientização dos internados a respeito dos vários aspectos que envolvem a problemática da tuberculose pulmonar de forma que se tornem agentes no processo de sua recuperação e contribuam para a maior adesão ao tratamento e consequente diminuição dos índices de abandono da doença.

Com este estudo, espera-se determinar as taxas de tratamento irregular e de abandono de tratamento e efeitos colaterais da medicação. Feito isso, deseja-se avaliar se o tratamento irregular está relacionado ao prolongamento da terapia medicamentosa e a presença de multirresistência.

### 3.8 Avaliação

No final de cada reunião será realizada uma conversa verbal com todos os envolvidos no processo. Ao final do último encontro toda equipe multiprofissional se

reunirá para avaliar em conjunto com os pacientes o programa, onde serão levantados pontos positivos e negativos de modo que os internados ampliem a compreensão do processo saúde-doença e mobilizem recursos internos para melhor enfrentamento das situações vivenciadas.

Ao término de cada ciclo a equipe multiprofissional se reunirá para realizar a avaliação técnica e propor novo programa, tendo em vista a rotatividade dos pacientes. É importante destacar que a avaliação não é um momento estanque e sim se dará a todo o momento, tanto para corrigir a rota, ou seja, acertar pontos negativos, quanto para motivar a equipe multiprofissional.



#### **4 CONCLUSÃO**

A análise da trajetória desses pacientes permite fazer uma analogia e comparar o tratamento da tuberculose a uma tênue linha, que pode partir a qualquer momento. Cabe aos profissionais de saúde e aos familiares cuidar para que não haja ruptura desse fio e interrupção do tratamento. Isso pode evitar complicações graves e, às vezes, fatais.

Ao aprofundar conhecimentos no assunto, evitam-se medidas desnecessárias, preconceituosas e, às vezes, maléficas; ou seja, contribui para fortalecer o tratamento, cura do paciente e diminuição da transmissão da doença.

Nesse sentido, a educação em saúde é um processo baseado na participação das pessoas e na mobilização social, objetivando à mudança de determinada situação, rompendo com o paradigma de educação como transferência de conhecimento, habilidades e destrezas.

A proposta de intervenção está articulada a uma ação educativa no âmbito social que potencializará a adesão ao tratamento do paciente na Unidade de saúde em estudo, para fortalecer o compromisso social deste usuário enquanto cidadão e agente corresponsável pela doença de que é portador, assumindo sua responsabilidade no tratamento.

## REFERÊNCIAS

1. SOUZA, Márcia São Pedro Leal; PEREIRA, Susan Martins; MARINHO, Jamocyr Moura; BARRETO, Maurício L. Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose. *Revista de Saúde Pública*, v.43, n.6, p.997-1005, 2009.
2. PAIVA, Veronica da Silva; PEREIRA, Marisa; MOREIRA, José da Silva. Perfil epidemiológico da tuberculose pulmonar em Unidade Sanitária de referência em Porto Alegre, RS. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, v.55, n.2, p.113-117, abr.-jun. 2011.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília, 2011.
4. SILVA Jr., Jarbas Barbosa da. Tuberculose: Guia de Vigilância Epidemiológica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Rio de Janeiro, v.30, suppl.1, p.S57-S86, 2004.
5. SÁ, Lenilde Duarte de et al.. Implantação da estratégia DOTS no controle da Tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004). *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.9, p.3917-3924, 2011.
6. FERREIRA, Anna Carolina Galvão; SILVA JUNIOR, José Laerte Rodrigues da; CONDE, Marcus Barreto; RABAH, Marcelo Fouad. Desfechos clínicos do tratamento de tuberculose utilizando o esquema básico recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil com comprimidos em dose fixa combinada na região metropolitana de Goiânia. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Rio de Janeiro, v.39, n.1, p.76-83, 2013.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. *Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
8. MACHADO, Audry Cristina de Fátima Teixeira et al. Fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v.37, n.4, p.512-520, 2011.
9. VIEIRA, Amadeu Antônio; RIBEIRO, Sandra Aparecida. Adesão ao tratamento da tuberculose após a instituição da estratégia de tratamento supervisionado no município de Carapicuíba, grande São Paulo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Rio de Janeiro, v.37, n.2, p.223-231, 2011.
10. PAZ, Letícia Nazareth Fernandes da et al. Efetividade do tratamento da tuberculose. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Rio de Janeiro, v.38, n.4, p.503-510, 2012.
11. ANDRADE, Rubia Laine de Paula et al. Diagnóstico da tuberculose: atenção básica ou pronto atendimento? *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.47, n.6, p.1149-1158, 2013.

12. II Consenso Brasileiro de tuberculose. **Diretrizes Brasileiras para tuberculose 2004**. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v.30, n.1, p.1-56, 2004.

13. ROCHA, Danúzia da Silva; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Abandono ou descontinuidade do tratamento da tuberculose em Rio Branco, Acre. *Saúde e Sociedade*, v.21, n.1, pp. 232-245, 2012.